

**בקשה לפיצוי בגין אשפוז**

להלן טופס בקשה לקבלת פיצוי בגין אשפוז.  
נבקשך להעביר אלינו את הטופס מלא וחתום על ידי הרופא המטפל בצרוף סיכום האשפוז וטופס הוויתור על סודיות רפואית המצורף חתום על ידך לכתובתנו המצוינת ע"ג טופס זה.

בכבוד רב,  
א"י די איי חברה לביטוח בע"מ

**בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות**

**\*\*\*\*\*למילוי ע"י הרופא המטפל\*\*\*\*\***

שם המבוטח: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_  
פירוט הבעיה ממנה סובל המבוטח ובגינה אושפז: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

נמצא בטיפול מתאריך \_\_\_\_\_  
אני מכיר את החולה מתאריך: \_\_\_\_\_  
החולה סובל מבעיה זו מתאריך: \_\_\_\_\_  
היסטוריה רפואית הקשורה למחלה נוכחית: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

האם החולה סובל מבעיות נוספות? (כן) / (לא)  
אם כן נא לפרט את מלוא האבחנות מועד אבחנתן: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ההמלצות על סוג הטיפול הרפואי שהחולה צריך לעבור: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא המטפל + חותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

1-10706\_158



## טופס ויתור סודיות רפואית

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' הזהות \_\_\_\_\_ מס' אישי בצה"ל \_\_\_\_\_

שם קופ"ח וכתובת הסניף : \_\_\_\_\_

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "אי.די.איי." – חברה לביטוח בע"מ" (שתקרא להלן – "אי.די.איי").
2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"אי.די.איי" או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.
3. הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבוטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה להעביר ל"אי.די.איי" כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה.
4. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל"אי.די.איי" את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.
5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"אי.די.איי" או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.
6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ"י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

במקרה של קטין:

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

